

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

408

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 Juin 1898 à 1 heure

Par HERBERT

Né à Abbaretz (Loire-Inférieure) le 9 février 1870.

ÉTUDE

sur la

CAMPTODACTYLIE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. POTAIN, professeur.
NETTER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

408

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 Juin 1898 à 1 heure

Par HERBERT

Né à Abbaretz (Loire-Inférieure) le 9 février 1870.

É T U D E

sur la

CAMPTODACTYLIE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : { MM. POTAIN, professeur.
NETTER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



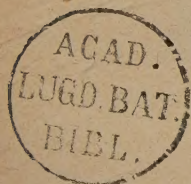
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Boyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	REITERER	WIDAL
QELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR, A MES FRÈRES

A MES NIÈCES

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laënnec.

Membre de l'Académie de médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES
ET DE PARIS

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à rendre hommage à tous ceux qui ont guidé nos études médicales.

Que Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Médecine et les médecins des hôpitaux de Nantes veuillent bien agréer nos sincères remerciements.

Nous remercions aussi nos derniers maîtres, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, et nous tenons particulièrement à exprimer à M. le docteur Albarran toute notre gratitude pour l'amabilité qu'il nous a montrée.

Nous n'oublierons pas non plus M. Labbé, interne de M. le Professeur Landouzy, qui a bien voulu nous fournir nos observations et des renseignements pour notre travail.

Nous voulons également, en terminant nos études, assurer à nos vieux amis Ludovic Clenet, Bellobre, et Paul Houeix, notre sincère amitié.

Que M. le professeur Landouzy, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse veuille bien accepter nos respectueux hommages.

ÉTUDE

SUR LA

CAMPTODACTYLIE

INTRODUCTION

Dans une leçon faite en 1885 à l'hôpital de la Charité M. le professeur Landouzy (1) disait : « Par le mot de camptodactylie (de *καμπτος*, courbe et *δακτυλος*, doigt) j'entends la flexion permanente d'un ou plusieurs doigts de la main, flexion produite, soit isolément de la seconde phalange ou la première, soit d'une façon associée de la seconde sur la première et de la troisième sur la deuxième, l'aponévrose palmaire restant saine. La camptodactylie et la rétraction palmaires sont deux choses distinctes.

Le plus souvent, dans la camptodactylie, la flexion permanente porte exclusivement ou au moins d'une façon particulièrement marquée, sur l'articulation phalango-phal-

1. Landouzy. *Leçon analysée in Journal de médecine et de chirurgie pratique*, nov. 1885.

langinienne de l'auriculaire seul. La camptodactylie existe tantôt sur une seule main, tantôt sur les deux : d'ordinaire plus accusée d'un côté, la malformation prédomine presque toujours à droite. Nos observations montrent l'énorme prédominance de la camptodactylie chez la femme, sa précocité d'apparition, sa préexistence et son mélange à toute une série de troubles fonctionnels et organiques, son hérédité homologue et hétérologue, sa pathogénie diathésique (diathèse acquise ou héréditaire), sa valeur sémiologique à longue portée (arthritisme)».

Boinet, dans sa thèse d'agrégation sur « les parentés morbides » en 1886, publie une série d'observations nombreuses et intéressantes recueillies par M. Landouzy et destinées à montrer l'hérédité des affections arthritiques et leur parenté avec les affections nerveuses.

Dans ces observations, la camptodactylie est très souvent notée parmi les stigmates de l'arthritisme.

Tessier et Roques, dans un article sur le rhumatisme chronique (1), confondent la camptodactylie avec les nodosités de Bouchard, apparues chez les sujets atteints de dilatation gastrique.

La camptodactylie, dont M. le Professeur Landouzy nous a fait connaître l'existence et l'importance diagnostique, est donc un symptôme encore aujourd'hui peu connu et souvent confondu avec le rhumatisme chronique ; c'est pourquoi il nous a semblé intéressant de reprendre son étude, afin de le bien distinguer des autres affections qui lui ressemblent.

1, *Traité de médecine et de thérapeutique*. t. II,

DESCRIPTION

La camptodactylie est unilatérale ou bilatérale. Lorsqu'elle est unilatérale elle siège le plus souvent à la main droite ; lorsqu'elle est bilatérale, elle est habituellement plus marquée du côté droit.

Elle siège avec une très grande constance sur l'auriculaire ; mais elle peut aussi atteindre les autres doigts, l'annulaire, le médus, et beaucoup plus rarement les deux premiers doigts : elle peut être généralisée à tous les doigts de la main qui devient alors concave et prend un peu la forme d'une griffe.

La courbure de l'auriculaire est toujours plus marquée que celle des autres doigts.

Lorsqu'elle est isolée, elle peut être très légère, et l'on observe tous les degrés, depuis le doigt à peine incurvé jusqu'au doigt en crochet. Lorsque la courbure est très forte, les doigts ne peuvent s'appliquer sur une surface plane, et il est possible de glisser un objet entre l'arc décrit par le petit doigt et le plan sur lequel il repose.

La courbure est habituellement régulière ; elle porte à la fois sur les deux articulations du doigt, mais elle est

toujours plus accentuée au niveau de l'articulation phalango-phalangienne. L'articulation métacarpo-phalangienne est généralement libre et la première phalange du doigt peut être portée dans l'extension complète sur la main.

La peau des doigts est normale. Les articulations se fléchissent facilement; on n'y perçoit pas de craquements, à moins qu'il n'y ait coïncidence de rhumatisme chronique.

Les extrémités osseuses ne sont généralement pas déformées ni épaissies. Quelquefois cependant les phalanges présentent une légère déviation en dedans ou en dehors; le doigt est parfois un peu tordu sur son axe. Enfin les deux derniers peuvent être tous deux diviés vers l'axe de la main.

Lorsqu'on essaie de redresser le doigt, on éprouve une résistance et on voit le tendon fléchisseur se tendre et faire saillie à la face palmaire du doigt.

La camptodactylie est une déformation indolente et peu gênante; beaucoup de malades ne s'en sont jamais aperçus; c'est l'examen du médecin qui le leur révèle; d'autres croient que la déformation existait depuis l'enfance; quelques uns lui attribuent une origine bizarre, comme l'une de nos malades qui pensait qu'elle était due à ce que son amoureux la tenait souvent par le petit doigt.

Aussi est-il souvent très difficile de se renseigner sur l'âge auquel la camptodactylie a apparue.

L'évolution est lente, progressive; la courbure augmente avec l'âge et les doigts primitivement respectés sont atteints après plusieurs années.

La camptodactylie est souvent, chez les jeunes sujets, la

seule déformation qu'on constate à la main. Mais chez les gens âgés, elle peut être accompagnée d'autres affections, telles que les nodosités d'Heberden, les arthrites phalango-phalangiennes (nodosités de Bouchard), diverses aberrations de la forme, de la structure et de la direction des doigts, l'état lisse de la peau, l'eczéma sec phalangien et périunguéal, parfois même la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Boinet a signalé aussi, au pied, des déviations en dehors du gros orteil qui tend à passer par dessous ou par dessus les autres, la déviation des orteils suivant l'axe du pied, la torsion des orteils sur leur axe, l'oignon, des ostéophytes indolents des genoux et du calcanéum; enfin des tophus goutteux et toute la série des déformations qui appartiennent aux rhumatismes chroniques.

La plupart de ces affections sont, comme la camptodactylie elle-même, des manifestations de l'arthritisme.

ÉTIOLOGIE

La camptodactylie n'est pas une déformation rare, mais il est difficile d'en établir avec exactitude la fréquence générale, car elle varie suivant les milieux sociaux, que l'on considère. Comme la diathèse arthritique, c'est une maladie des individus riches, qui mènent une existence sédentaire. On en voit moins à l'hôpital que dans la clientèle de la ville.

Cependant, même dans les milieux hospitaliers, la camptodactylie se rencontre encore avec une certaine fréquence ; nous avons pu, à l'hôpital Laënnec, sur une population de 240 malades, en recueillir 38 cas.

Elle existe beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme. Après avoir examiné le même nombre de sujets des deux sexes, nous avons trouvé une proportion différente dans chacun d'eux. Vingt-sept cas chez la femme et onze chez l'homme. Elle est deux fois et demie plus fréquente chez la femme. C'est donc bien une affection de la femme.

C'est aussi une affection de l'âge adulte et de l'âge avancé. On la voit rarement chez l'enfant. Le cas le plus précoce que nous ayons observé était celui d'une fillette de treize ans et demi, arthritique et atteinte de chorée

avec cardiopathie. Nous l'avons recherchée sans succès pendant la première enfance sur un certain nombre d'enfants assistés, atteints d'affections impétigineuses ou eczémateuses de la peau.

M. Landouzy admet aussi que la camptodactylie apparaît dans la seconde et même dans la première enfance ; dans ses observations elle est signalée chez un enfant de 6 ans.

La camptodactylie est souvent héréditaire. On peut la trouver à la fois chez les parents et chez les enfants ; elle peut se montrer même dans trois générations successives, ainsi que M. Landouzy l'a démontré par ses tableaux généalogiques de familles arthritiques. Dans deux de ses observations que nous rapportons plus loin, les êtres de la première génération avaient été atteints de rhumatisme déformant des petites jointures, ceux de la deuxième et de la troisième génération étaient arthritiques et présentaient de la camptodactylie. Cette hérédité peut être directe et de même nature, ou indirecte, la camptodactylie alternant avec d'autres manifestations de la même diathèse.

Un fait domine toute l'étiologie de la camptodactylie, c'est sa relation avec l'arthritisme. M. Landouzy la considère comme un stigmate de cette diathèse. Dans ses observations, sur 35 arthritiques il l'a rencontrée 18 fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas ; mais elle est surtout fréquente dans l'arthritisme des femmes : sur 18 femmes arthritiques, elle existait 12 fois, tandis que sur 17 hommes elle n'est notée que 6 fois.

Dans l'enquête que nous avons faite, nous avons trouvé 38 fois la camptodactylie ; et 25 fois elle existait chez des individus éminemment arthritiques.

Dans les familles où se voit la camptodactylie, on trouve aussi la goutte, le diabète, la lithiase hépatique ou néphrétique, l'obésité, les cardiopathies.

En interrogeant sur leur passé les malades atteints de camptodactylie, nous avons pu constater, chez la plupart d'entre eux, des symptômes qui permettent de les classer dans la grande famille neuroarthritique :

Lorsque leurs souvenirs étaient assez précis, nous apprenions qu'ils avaient été atteints, à plusieurs reprises et parfois pendant toute leur enfance, de dartres, de gourme, d'eczéma, d'impétigo, d'urticaire, qu'ils avaient pendant longtemps eu mal aux yeux ou aux oreilles, enfin qu'ils étaient fort sujets aux rhumes, aux amygdalites, et aux bronchites. Les principales maladies de l'enfance, (rougeole, scarlatine,) s'étaient souvent chez eux accompagnées de délire.

A l'époque de l'adolescence, ils avaient subi une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Ils étaient devenus obèses; puis ils avaient commencé à souffrir de migraines qui souvent les avaient torturés toute leur existence, de dermatoses de toutes sortes, d'herpès, d'eczéma des doigts, d'eczéma séborrhéique de la face, de saignements de nez répétés apparaissant sans cause, à l'occasion des premières chaleurs, ou au moment des règles chez la femme. Ils avaient eu une ou plusieurs blennorrhagies d'une durée interminable, parfois accompagnées d'orchite. Chez la femme, les règles s'étaient souvent établies avec quelques difficultés; elles avaient toujours été très abondantes dans la suite.

Parvenus à l'âge adulte, ils avaient été tourmentés par

la dyspepsie, la gastralgie, par du prurit anal, des hémorroïdes, des arthralgies, de myalgies, des névralgies, des éruptions prurigineuses, lichénoïdes, ou psoriasiformes, d'unérythème marginé de la cuisse. Ils avaient eu des rhumes et des bronchites qui montraient une tendance à la chronicité, et s'accompagnaient d'emphysème.

De très bonne heure, leurs cheveux avaient blanchi ; ils étaient devenus chauves.

Enfin quelques-uns souffraient de coliques hépatiques, de coliques néphrétiques, d'attaques de goutte, ou de crises d'asthme. D'autres avaient des urines constamment troublées, briqueées, uratiques, avec un dépôt de sable rouge. Quelques-uns étaient diabétiques.

Beaucoup étaient artério-scléreux et atteints de cardiopathies (aortiques chez l'homme, mitrales chez la femme), d'angine de poitrine.

En plus des manifestations arthritiques, quelques-uns des camptodactyliques présentent des stigmates nerveux : ce sont des hystériques ou des neurasthéniques.

M. Landouzy a observé trois fois la camptodactylie chez des individus atteints de maladie de Basedow ; deux de ces sujets n'étaient pas arthritiques.

Nous avons observé la camptodactylie chez une douzaine de tuberculeux ; la plupart de ceux-ci étaient atteints de tuberculose pulmonaire ; mais quelques uns, avaient des tuberculoses chirurgicales. Dans la moitié des cas, la camptodactylie s'accompagnait de cette déformation qui a été désignée sous le nom de doigt hippocratique. Elle existait le plus souvent chez des sujets pourvus d'antécédents arthritiques, dont la tuberculose avait une marche particulière :

généralement hémoptoïque, fébrile et à tendance fibreuse ; quelquefois cependant les antécédents arthritiques faisaient complètement défaut.

En somme la fréquence de la tuberculose chez les camptodactyliques, est un fait intéressant à retenir ; cependant si cette fréquence est très grande dans les hôpitaux ($1/3$ des cas), elle est loin de l'être autant dans la clientèle.

PATHOGENIE.

Les données que nous possédons sur la pathogénie de la camptodactylie sont peu précises. Cette déformation ne relève d'aucune cause locale ; les frottements répétés, les irritations chroniques professionnelles, ne sont pour rien dans son apparition. On la voit en effet plus souvent chez des gens exerçant une profession sédentaire que chez des manœuvres, des cochers, des menuisiers ; elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; elle s'établit lentement, insidieusement, sans douleur et sans inflammation.

La position habituelle imprimée à la main par la profession n'y prédispose pas : dans une famille où trois enfants arthritiques étaient atteints de camptodactylie, celui qui présentait le minimum de déformation était violoniste, et sa camptodactylie siégeait à la main droite : la flexion habituelle des doigts qui pincent les cordes n'était donc pour rien dans sa pathogénie.

La condition étiologique la plus constante est l'arthritisme. On comprend facilement que cette diathèse qui exerce principalement son action sur le tissu conjonctif et le tissu fibreux, amène une rétraction lente et pro-

gressive du tendon fléchisseur du petit doigt et des ligaments des articulations phalango-phalangiennes.

Nous avons vu en effet qu'à l'examen clinique, les os et les synoviales paraissaient indemnes, et que la résistance à l'extension des doigts semblait être de nature fibreuse.

De plus, M. Landouzy qui a fait, avec Mme Déjerine Klumpke, la dissection de plusieurs doigts camptodactyliques, a pu constater de visu l'intégrité absolue de la synoviale et des têtes osseuses, ainsi que l'épaississement des ligaments périarticulaires.

En résumé, l'arthritisme, diathèse fibroïdante par excellence, explique le rôle du tissu fibreux dans la production de la camptodactylie, mais il ne donne pas la cause de sa localisation spéciale à l'auriculaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la camptodactylie est généralement facile. On ne confondra pas cette déformation indolore, le plus souvent limitée à l'auriculaire, avec les tophus et les déviations des jointures dans la *goutte*, ni avec les altérations du *rhumatisme chronique progressif* qui a une évolution très douloureuse, envahit successivement toutes les articulations des doigts, puis les autres articulations de l'économie et leur imprime des attitudes particulières; la *sclérodémie* atteint toute la main, et même la face et s'accompagne d'une altération spéciale de la peau.

Les nodosités d'Héberden doivent être bien séparées de la camptodactylie. Ce sont de petites tumeurs dures, quelquefois un peu douloureuses, dont le volume égale environ celui d'un pois, et que l'on rencontre fréquemment un peu au-dessus de l'extrémité des doigts de la main, au voisinage de la seconde articulation phalangienne. Ces nodosités, que Charcot a distinguées avec précision des tophus goutteux, sont dues au dépôt de couches osseuses nouvelles sur les tubercules qui existent normalement à l'extrémité inférieure de la deuxième

phalange du côté dorsal; les cartilages diarthrodiaux subissent l'altération velvétique et les surfaces articulaires sont élargies dans tous les sens.

L'âge de prédilection de la maladie est l'âge sénile : les femmes y sont plus exposées que les hommes, mais Charcot insiste sur ce fait que la maladie n'est pas exclusive à l'âge avancé et qu'on peut parfaitement la rencontrer chez les enfants. Besnier l'a observée fréquemment chez des arthritiques adultes.

Ainsi les nodosités d'Héberden qui ont un certain nombre de points communs avec la camptodactylie (étiologie arthritique, prédominance chez la femme et dans un âge avancé) en sont cependant bien distinctes. Tandis que la camptodactylie est une maladie du tissu fibreux et laisse intactes les articulations, la nodosité d'Héberden est une maladie du tissu osseux et s'accompagne d'altérations des surfaces articulaires.

Les *nodosités décrites par Bouchard et Legendre* (1) dans la dilatation de l'estomac sont constituées par deux nodules latéraux situés sur les côtes des articulations phalango-phalangiennes des quatre derniers doigts qui s'accroissent progressivement et s'ossifient. Elles amènent un peu de gêne dans les mouvements, sans ankylose, sont absolument indolentes et ne s'accompagnent pas de craquements articulaires ni de phénomènes inflammatoires. Elles surviennent, suivant Bouchard, chez 25 pour 100 des dilatés, et seraient dues à une auto-intoxication

1. Legendre. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1892.

acide. Coutaret (1) a montré aussi leur existence dans une série de dyspepsies de nature arthritique.

Au point de vue anatomique, il y a hypertrophie des têtes osseuses sans lésions articulaires, sans ankylose et sans ostéophytes (examen de Babinski).

Ainsi les nodosités de Bouchard, qui sont de nature osseuse et siègent sur les articulations phalango-phalangiennes des quatre derniers doigts, sont absolument distinctes de la camptodactylie, qui est au contraire de nature fibreuse et siège avec une prédilection remarquable sur le petit doigt : un seul point rapproche ces deux affections, c'est leur origine arthritique.

Le *rhumatisme chronique fibreux* de Besnier (2) est aussi bien différent de la camptodactylie. Offrant comme lésion prédominante une phlegmasie chronique des tissus lamineux péri-articulaires, il amène des déplacements articulaires, des déviations osseuses et des rétractions tendineuses. On peut le rencontrer sur toutes les jointures, aux pieds et surtout aux mains, où la déformation capitale est la flexion des phalanges sur les métacarpiens, combinée avec la déviation en masse vers le bord cubital. La paume de la main est excavée, l'aponévrose palmaire rétractée forme des brides ; aux doigts, la phalangette est en extension droite sur la phalangine, tandis que la phalangine est en extension forcée sur la phalange. Le début peut être chronique d'emblée, mais souvent l'affection succède à une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

1. Coutaret. *Dyspepsie et catarrhe gastrique*, 1892.

2. Besnier. Art. Rhumatisme, *in dict. des Sciences méd.*

En résumé, si les déformations du rhumatisme chronique fibreux sont bien, comme la camptodactylie, le fait exclusif du déplacement des surfaces articulaires et du maintien de ce déplacement par les rétractions fibreuses péri-articulaires, sans altérations osseuses, elles s'en distinguent cependant par leur aspect : les doigts au lieu d'être fléchis sont en extension, la première phalange est au contraire fléchie sur la paume, tandis qu'elle est étendue dans la camptodactylie et l'affection a souvent un début aigu et douloureux.

La *rétraction de l'aponévrose palmaire*, ou maladie de Dupuytren, est plus délicate à séparer de la camptodactylie avec qui on a parfois voulu la confondre. Comme toute manifestation arthritique, comme toute maladie du tissu fibreux, la rétraction de l'aponévrose palmaire peut en effet venir compliquer la camptodactylie, mais son aspect et sa pathogénie l'en distinguent absolument.

La maladie débute par de petites indurations sous-cutanées qui se développent à la paume de la main, au-devant de la face palmaire de la première phalange ; ces callosités sont douloureuses spontanément et à la pression et gênent dès le début les mouvements des doigts. Puis ces indurations se réunissent et prennent l'apparence de cordes plus ou moins raides, adhérentes à la peau qu'elles plissent. La paume de la main est déformée ; elle présente des mamelons irréguliers, séparés par des sillons étroits et profonds ; des plis en croissant à convexité supérieure se creusent au-dessus de la racine des doigts. Les doigts sont fléchis, la première phalange sur le métacarpe, la deuxième sur la première ; la dernière reste en extension. A la dernière période, la rétraction

applique le doigt sur la paume de la main où il se creuse parfois un sillon. La rétraction peut prédominer sur un doigt quelconque, bien qu'elle ait une prédilection pour les trois derniers doigts. Enfin la maladie de Dupuytren apparaît généralement à la suite des traumatismes répétés de la paume de la main, chez les charretiers par exemple.

Voilà plus de caractères qu'il n'en faut pour séparer les deux affections : l'une est douloureuse dès son début, l'autre est toujours indolente ; l'une atteint primitivement la paume de la main, où elle produit des sillons et des nodosités, et ne rétracte que secondairement les doigts ; l'autre fléchit exclusivement le doigt et laisse absolument intacte l'aponévrosé palmaire ; l'une fléchit la première phalange, l'autre la laisse en extension et ne fléchit que la seconde et la troisième. La camptodactylie survient dans l'arthritisme héréditaire ou acquis sans cause provocatrice ; la rétraction de l'aponévrose palmaire succède à des traumatismes répétés.

Ainsi donc la camptodactylie est bien une déformation spéciale, distincte du rhumatisme chronique progressif, du rhumatisme chronique fibreux, des nodosités d'Héberden, des nodosités de Bouchard et de la maladie de Dupuytren.

Elle a sa nosographie particulière et son importance diagnostique et pronostique spéciale.

La fréquence remarquable avec laquelle elle se produit dans l'arthritisme en fait un des stigmates de cette diathèse. Or rien n'est plus utile, lorsqu'on fait le diagnostic différentiel d'une colique hépatique ou d'un accès de goutte par exemple, que de pouvoir constater un signe positif et

presque pathognomonique de l'arthritisme. Souvent, en effet, l'interrogatoire est insuffisant, le malade renseigne mal le médecin sur son enfance, ses maladies antérieures ; la plupart des symptômes révélateurs de l'arthritisme ne valent que par leur groupement et sont susceptibles, lorsqu'on les prend isolément, d'interprétations différentes ; la camptodactylie est un signe précis, positif, facile à constater et presque pathognomonique. Il permettra sans grande malice, de « trancher du devin » en arrivant à un diagnostic rapide et exact de certaines affections.

Le médecin ne devra donc jamais négliger de le rechercher lorsqu'il soupçonnera la diathèse arthritique ; ce signe lui permettra de « lire dans la main » le passé, le présent et l'avenir de son malade.

A l'occasion de toute maladie générale, de toute infection, il est indispensable, pour baser le pronostic, de calculer la résistance de l'organisme atteint, et d'établir le coefficient de réaction de l'individu : Cela ne peut être fait qu'en connaissant la façon dont il a réagi et résisté aux infections qu'il a subies antérieurement et surtout en étudiant le terrain sur lequel se développe la maladie.

En effet, une même infection peut avoir une évolution absolument différente sur deux terrains distincts : la tuberculose ne se comporte pas de la même façon chez le lymphatique et chez l'arthritique ; chez l'un, elle a une évolution froide et torpide, chez l'autre, elle a une évolution bruyante, congestive et en définitive, souvent favorable ; chez le premier, elle aboutit à la caséification ; chez le second, elle est étouffée sous un processus de sclérose.

Dans la syphilis, le pronostic n'est pas aggravé par

l'arthritisme, du moins pour les premières années ; mais comme cette diathèse prédispose à l'artériosclérose et que la syphilis porte aussi souvent son action sur les artères, il peut résulter de cette double influence des lésions particulières, à une époque plus tardive de la maladie. Au contraire, la gravité du pronostic de la syphilis évoluant sur un terrain tuberculeux est aujourd'hui bien établie (1).

Dans le diabète, il est également très important, pour établir le pronostic, de bien distinguer le diabète pancréatique du diabète arthritique : la camptodactylie se verra dans ce dernier cas.

D'une façon générale, le neuroarthritique réagit vivement aux diverses infections ; chez lui, la fièvre s'accompagne de délire, la congestion est facile et va souvent jusqu'à l'hémorrhagie. Après la guérison de la maladie, le danger le plus redoutable consiste dans la facilité avec laquelle l'arthritique devient un angioscléreux.

Il sera donc fort intéressant, au début de toute maladie, de rechercher la camptodactylie. Nous avons vérifié sur plusieurs individus, présentant de la camptodactylie et atteints de tuberculose pulmonaire, l'évolution lente, hémoptoïque et curable de cette affection. Citons seulement l'observation XIX qui a trait à une femme de 27 ans, camptodactylique légère, arthritique, fille de tuberculeux et tuberculeuse elle-même depuis longtemps, qui a eu de multiples hémoptysies et dont la maladie n'a pas dépassé cependant la première période.

1. Jacquinet. *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques*. Thèse Paris, 1895.

Chez l'enfant, l'a camptodactylie sera encore d'une plus grande utilité. On sait combien, à cet âge, l'arthritisme est difficile à dépister, ses manifestations étant souvent légères et fugitives. La camptodactylie permettra de rattacher à l'arthritisme certaines dyspepsies rebelles, ou certaines colites muco-membraneuses, des coryzas spasmodiques répétés, certains troubles cérébraux imputés ordinairement à la croissance ou au surmenage scolaire etc..

L'apparition prématurée de ce stigmate de l'arthritisme sera d'un pronostic défavorable, il indiquera chez l'enfant une imprégnation profonde, une dystrophie durable. Mais il permettra aussi de s'opposer de bonne heure par de sages mesures d'hygiène au progrès de la diathèse, et d'en atténuer par là même la gravité. On pourra, dès les premières années de la vie, surveiller le régime alimentaire, combattre la constipation, activer les combustions organiques par un exercice régulier et modéré, exciter les fonctions de la peau par les frictions sèches et l'hydrothérapie et maintenir ainsi dans un bon état d'équilibre fonctionnel un sujet qui semblait, au premier abord, destiné à subir tous les accidents qu'entraîne avec lui l'arthritisme héréditaire.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom de Camptodactylie, M. le P. Landouzy désigne une malformation caractérisée par la flexion permanente d'un ou de plusieurs doigts de la main, flexion produite, soit isolément de la seconde phalange sur la première, soit d'une façon associée de la seconde sur la première et de la troisième sur la seconde, l'aponévrose palmaire restant saine.

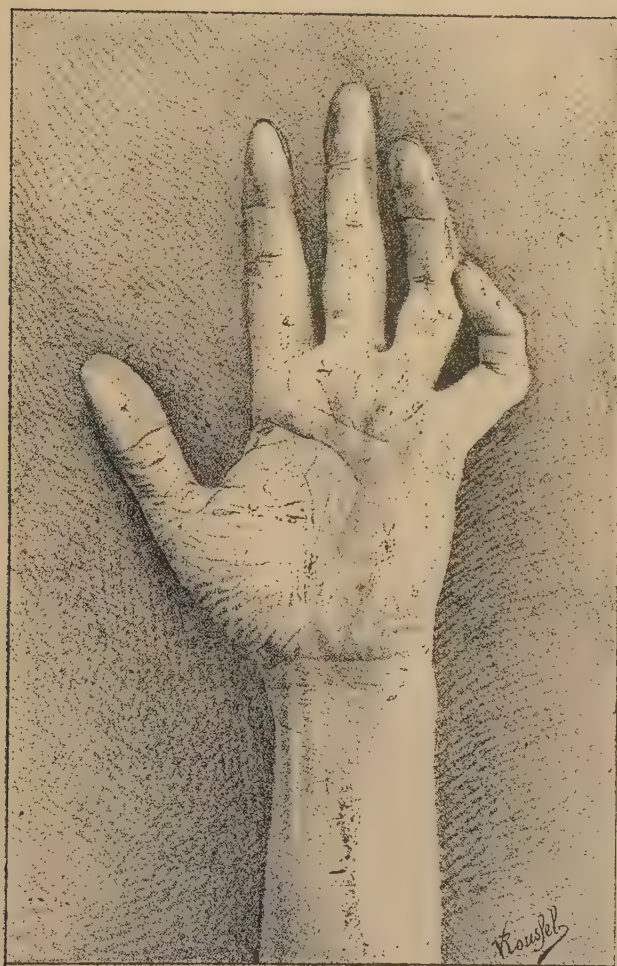
2° La Camptodactylie est une déformation bien distincte de la rétraction de l'aponévrose palmaire, des nodosités d'Heberden, des nodosités de Bouchard et du rhumatisme chronique fibreux.

3° Elle est produite par une rétraction lente et progression des tendons fléchisseurs du petit doigt et des ligaments des articulations phalango-phalanginiennes.

4° Elle survient avec une très grande fréquence chez les arthritiques et peut être considérée comme un stigmate révélateur de la diathèse. On peut la voir dès la seconde enfance; elle est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme.

5° La Camptodactylie, a une grande valeur diagnosti-

que et pronostique. Elle permet de dépister de bonne heure la diathèse arthritique et de lui opposer une hygiène appropriée. Elle permet dans une certaine mesure de prévoir l'évolution des maladies infectieuses accidentelles et en particulier de la tuberculose.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Arthritisme (Obs. de Landouzy, in thèse Boinet).

M. X...., époux de	Y...	M. Z..., époux de	W...
Arthropatique.	Rhumatisante.	Mort dans	Vivante 89 ans.
Bronchitique.	Lithiasique	une 2 ^e	Rhumatisme
Hémiplégique.	biliaire. Ictère.	attaque	déformant
	Cardiopathie.	d'hémiplégie.	des mains.
	Morte avec		
	anasarque.		

M. X'.., 59 ans, époux de	Mme X'.., 43 ans.
Obèse.	Migraineuse.
Goutteux.	Myalgique, arthralgique.
Graveleux.	Gastralgique.
Migraineux.	Hémorroïdaire.
	Urines briquetées.
	Affection cutanée récidivante.
	<i>Camptodactylique auriculaire.</i>

M. X"..., 49 ans.	Mlle X"..., 17 ans.	Mlle X"..., 8 ans.
Migraineux.	Chlorotique.	Epistaxis.
Epistaxis intenses.	Epistaxis de 10 à 15 ans.	<i>Camptodactylique</i>
(à deux reprises	Dysménorrhéique.	auriculaire
tamponnement).	Leucorrhéique.	symétrique.
<i>Camptodactylique</i>	Hémorrhéidaire.	
auriculaire faible,	Douleurs gastriques	
symétrique.	après le repas	
	(lithiase biliaire ?)	
	Névralgies	
	intercostales.	

Camptodactylique

auriculaire symétrique,
plus à gauche.

OBSERVATION II

Arthritisme.

(Obs. de Landouzy, in thèse Boinet).

X..., 49 ans.	époux de	Y..., 67 ans.
Coliques néphrétiques.		Artério-scléreuse.
Artério-scléreux.		Asthmatique.
Souffle systolique aortique.		Rhumatisme déformant
Myocardite interstitielle.		des petites jointures.
		Insuffisance mitrale.
		Myocardite interstitielle.

X'...	épouse de	Z'...
Sable rouge dans les urines.		Migraineux.
Myalgique.		Dyspeptique.
Rhumatisante.		Hémorrhéidaire.
<i>Camptodactylique</i> .		Artério-scléreux.
Herbert		3

Z'..., 15 ans.

Nerveuse, migraineuse, rhumatoïdante, névralgique.

Sable rouge dans les urines. Lithiase biliaire.

Dysménorrhéique. Eczémateuse. *Camptodactylique*.

OBSERVATION III.

Casimir R..., 38 ans. Béhier, n° 21.

Rhumatismes chroniques vagues.

Camptodactylie auriculaire droite, légère.

Dans l'enfance, épistaxis fréquentes jusqu'à 25 ans.

Eczéma séborrhéique depuis son enfance.

A 24 ans rhumatisme du genou droit. Deuxième attaque non fébrile portant sur plusieurs articulations.

Insuffisance mitrale.

Cheveux blancs à 20 ans, tombent à 35 ans.

Père mort de cardiopathie.

OBSERVATION IV.

Jeanne P..., 49 ans. Broca.

Infection gastro-intestinale.

Camptodactylie très légère des deux auriculaires.

Bronchite chronique.

Epistaxis fréquentes depuis l'enfance.

Névralgies, douleurs rhumatismales vagues dans les bras, les espaces intercostaux.

Règles étaient abondantes.

OBSERVATION V.

Marie N..., 65 ans. Broca, 23.

Sclérose aortico-cardiaque. Hépatite chronique. Tétanie.

Camptodactylie très légère.

Nodosités d'Heberden.

Beaucoup de gourme dans l'enfance.

Rhumes fréquents.

Depuis longtemps dyspeptique.

OBSERVATION VI.

Julie V..., 42 ans. Legroux, n° 12.

Pneumonie guérie. Névropathie.

Camptodactylie auriculaire très marquée, surtout à droite.

Légère flexion des autres doigts. Elle s'est aperçue de la camptodactylie à 29 ans ; début sans douleur.

Pendant l'enfance, a eu fréquemment des névralgies intercostales. Depuis elle a eu des douleurs rhumatismales vagues dans les jointures.

Coliques fréquentes dans l'enfance. Conjonctivite fréquente ; blépharite chronique. Acné sur la poitrine. Eczéma.

Bronchite chronique.

Perd ses cheveux depuis 7 ans.

OBSERVATION VII.

Emma O..., 13 ans. Enfant Assistée.

Chorée guérie. Insuffisance et rétrécissement mitral. Symphyse cardiaque.

A eu quelques douleurs rhumatismales dans les poignets.

Camptodactylie auriculaire plus marquée à droite.

Saigne fréquemment du nez. Céphalées.

Eczéma séborrhéique de la face.

OBSERVATION VIII.

Marie L..., 49 ans. Claude Bernard, n° 4.

Myocardite ; angine de poitrine.

Camptodactylie très marquée des deux auriculaires. Les autres doigts sont complètement indemnes. La première articulation est fléchie, la seconde est en position normale. Date de l'enfance.

Déviation légère des orteils en dehors.

A toujours été rhumatisante.

Coryzas répétés. Angines.

Migraines fréquentes et intenses depuis l'enfance.

Hémorroïdes, démangeaisons.

Cheveux commencent à blanchir à 30 ans.

Dyspepsie chronique.

OBSERVATION IX

Jeanné G..., 42 ans. Claude-Bernard, n° 6.

Angine de poitrine ; cardiopathie.

Camptodactylie auriculaire et annulaire droite.

Migraines intenses répétées. Coryzas fréquents, polypes nasaux.

Rhumatismes (7 ou 8 attaques).

Dermatoses répétées ; herpès au moment des règles.

Cheveux blancs dès l'âge de 12 ans.

Dyspepsie.

Mère asthmatique.

OBSERVATION X

Alexandrine D..., 47 ans, Legroux 22.

Emphysème. Anémie.

Camptodactylie légère de l'auriculaire droit.

Bronchites répétées Emphysème.

Névralgies. Migraines.

Hémoptysies répétées.

Chute des cheveux.

Rhumes de cerveau fréquentés avec congestion très vive de la face.

OBSERVATION XI

Emile G..., garçon maçon 20 ans. Trousseau n° 4.

Scarlatine. Pleurésie.

Camptodactylie bilatérale atteignant tous les doigts, mais plus marquée à l'auriculaire.

Bonne santé habituelle. Faciès coloré. A tous les ans au printemps une poussée d'eczéma.

Père-mort alcoolique.

Mère obèse.

OBSERVATION XII

Julie C..., concierge, 68 ans.

Diabète.

Camptodactylie très marquée des deux derniers doigts, plus à droite.

Obèse, a toujours eu des règles très abondantes, ménopause à 65 ans.

Douleurs rhumatoïdes, engourdissements des membres.

Peau sèche, eczéma séborrhéique de la face, démangeaisons.

Intertrigo sous-mammaire et inguinal.

OBSERVATION XIII

Anna F., 35 ans.

Tuberculose pulmonaire. — Poumon gauche 1^{er} degré. Poumon droit 2^e degré.

Camptodactylie auriculaire très marquée à gauche, moyenne à droite ; non douloureuse et ayant toujours passé inaperçue de la malade. Rien aux autres doigts.

Pleurésie il y a 8 ans. Tousse depuis 3 ans ; hémoptysie abondante il y a 8 mois. Amaigrissement, sueurs.

Réglée à 16 ans ; règles ont toujours été abondantes. Dans l'enfance, rhumes, angines et laryngites fréquentes.

Pas d'épistaxis, pas de migraines, pas de rhumatismes. Tous es ans, au printemps, éruption de prurigo ; à chaque période menstruelle, herpès des lèvres.

Son mari est obèse, rhumatisant, et a des varicosités de la face. A eu 5 enfants ; 2 morts en bas âge ; 3 vivants : l'aînée 15 ans, camptodactylique, obèse, abondamment réglée, a des migraines fréquentes, la seconde 13 ans, est obèse ; le 3^e 10 ans, a des épistaxis fréquentes,

OBSERVATION XIV

Ferdinand F..., cuisinier, 33 ans. Rostan, n° 19.

Tuberculose pulmonaire depuis un an.

Camptodactylie légère des deux auriculaires ; ongles un peu hippocratiques.

Sujet aux épistaxis depuis l'enfance.

A eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire.

Calvitie précoce.

Père bien portant, a été chauve de bonne heure.

OBSERVATION XV

Jean B..., garçon charbonnier, 23 ans. Beau, n° 7.

Tuberculose pulmonaire 1^{er} degré.

Camptodactylie assez marquée des deux auriculaires, moins marquée des autres doigts, datant de l'enfance.

Epistaxis fréquentes et répétées. Sujet aux coryzas dans l'enfance.

Acné persistant du visage.

Un frère obèse, à des épistaxis.

Mère atteinte de bronchite chronique.

Père bien portant.

OBSERVATION XVI

Alexis D..., garçon de magasin, 26 ans, Trousseau, n° 8.

Hémoptysies. Tuberculose pulmonaire.

Camptodactylie très marquée de l'auriculaire droit. Camptodactylie moyenne de l'auriculaire gauche datant de l'enfance, survenu sans douleurs.

Fils de mère obèse, rhumatisante.

Bien portant dans l'enfance, il a toujours été sujet à des épistaxis très fréquentes, à certains moments répétés 3 ou 4 fois dans la même semaine.

Pas de rhumatisme ; pas de dermatose.

Première hémoptysie très abondante il y a 10 mois ; deuxième hémoptysie il y a 2 mois.

Névropathie.

OBSERVATION XVII

Léon P..., mouffetier, 44 ans. Trousseau, n° 29.

Tuberculose pulmonaire 3^e degré.

Camptodactylie auriculaire très marquée à droite, moins à gauche datant de l'âge de 20 ans environ, survenue sans douleurs.

Pas de nodosités palmaires; ongles un peu hippocratiques.

Tousse depuis 5 ans. Première hémoptysie en février 1895, deuxième, extrêmement abondante, en décembre 1895. Depuis, presque tous les mois, il a quelques crachats hémoptoïques.

Épistaxis fréquentes et abondantes dans l'enfance (1/2 verre de sang). Depuis l'âge adulte, tous les jours au réveil, il rendait quelques gouttes de sang; les épistaxis ont cessé depuis qu'il a eu des hémoptysies.

Maux de tête fréquents, persistants, était facilement congestionné.

Père mort à 62 ans; avait aussi des épistaxis fréquentes.

Mère morte à 62 ans; rhumatisante, obèse.

OBSERVATION XVIII

François L..., 45 ans. Grisolles n° 8.

Tuberculose pulmonaire, 2^e degré; hémoptysies.

Camptodactylie auriculaire et annulaire plus marquée à droite.

Extrémités des phalanges un peu noueuses.

Pleurésie à 25 ans.

Pas de symptômes d'arthritisme; pas d'antécédents arthritiques.

OBSERVATION XIX

Marie, 27 ans. Legroux 7.

Tuberculose cavitaire avancée.

Camptodactylie très marquée de la main droite; le début remonte à l'enfance, sans douleur.

Épistaxis fréquentes.

OBSERVATION XX

Fannelly G..., 27 ans.

Tuberculose pulmonaire, premier degré, sommet droit.

A l'âge de 15 ans, hémoptysies abondantes, répétées pendant 3 mois, malade surtout depuis 2 ans.

Camptodactylie auriculaire droite et gauche, légère.

Pendant l'enfance, a eu des épistaxis fréquentes, qui ont cessé lorsque les règles se sont établies. Les règles ont toujours été abondantes; elles duraient 7-8 jours; depuis son accouchement, elles durent 12-15 jours, sont abondantes et douloureuses.

A eu la fièvre typhoïde et la scarlatine.

Sujette à des maux de tête survenant avec irrégularité.

Souffre habituellement de l'estomac.

Antécédents. — Père mort tuberculeux.

Mère bien portante, obèse, rhumatisante, cardiopathe, avait ses règles très abondantes. A eu 10 enfants, dont 5 morts en bas âge; sur les 5 restant, un tousse, trois autres sont obèses, et ont des règles abondantes.

OBSERVATION XXI

Jules B ..., 55 ans.

Camptodactylie plus marquée du côté droit.

Actuellement en très bonne santé; obèse depuis l'âge de 40 ans; varicosités de la face.

A eu des cheveux blancs à 50 ans.

Pas de migraine, pas de lithiase biliaire ni rénale.

Sujet pendant l'enfance à des épistaxis fréquentes qui se reproduisent encore quelquefois.

De temps en temps, poussées de congestion pulmonaire, avec crachats rosés, durant un jour. Rien à l'auscultation. Soi-

gné, il y a 6 ans, pour une tuberculose vèruqueuse du dos de la main ; il y a 4 ans, a subi trois opérations pour un testicule tuberculeux,

OBSERVATION XXII

Louise V..., 59 ans. Broca 29.

Camptodactylie légère. Doigts hippocratiques très marqués.

Pleurésie purulente et pneumothorax à 51 ans.

Migraines répétées toute la vie.

Rhumes fréquents.

OBSERVATION XXIII

Pauline A..., 39 ans. Broca.

Tuberculose pulmonaire, 3^e degré.

Camptodactylie légère, avec doigts hippocratiques.

Pas d'antécédents arthritiques.

OBSERVATION XXIV

OBS. — Elise D..., 33 ans. Claude Bernard, 10.

Tuberculose pulmonaire, 3^e degré.

Camptodactylie auriculaire droite.

Doigts hippocratiques.

Amincissement des pieds. Déviation des gros orteils en dehors.

OBSERVATION XXV

Alexandre G..., 25 ans. Trousseau, n° 11.

Tuberculose pulmonaire et péritonéale. Pleurésie ancienne.

Camptodactylie assez marquée des deux mains ; la courbure a son maximum à l'auriculaire, mais tous les autres doigts sont

légèrement courbes, et la paume de la main est par suite un peu concave.

Peau très sèche, épaisse ; pas de nodosités aponévrotiques, pas de douleurs.

Ongles un peu hippocratiques.

Homme de peine au chemin de fer.

Aucun antécédent arthritique personnel ou héréditaire.

OBSERVATION XXVI

Paul C..., 26 ans. Béhier, 13.

Douleurs rhumatismales vagues.

Camptodactylie auriculaire gauche légère.

OBSERVATION XXVII

Gilbert S..., 21 ans. Béhier 14.

Rhumatisme blennorrhagique.

Saigne fréquemment du nez depuis l'enfance.

Camptodactylie auriculaire bilatérale.

Acné de temps en temps.

Père rhumatisant.

OBSERVATION XXVIII

Alphonse D..., 21 ans, jardinier. Beau, n° 22.

Pleurésie. Grippe.

Camptodactylie très légère de l'auriculaire gauche.

Pas de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Pas de symptômes d'arthritisme,

【OBSERVATION XXXI

Marie P..., 18 ans, Legroux n° 29.

Fièvre typhoïde guérie.

Camptodactylie auriculaire droite.

Epistaxis fréquentes depuis l'enfance.

Règles abondantes.

OBSERVATION XXX

Jeanne F..., 29 ans, Legroux n° 2.

Cardiopathie.

Camptodactylie légère, bilatérale.

Migraines répétées, fréquentes depuis l'enfance.

Dyspepsie, entéralgie.

OBSERVATION XXXI

P..., 32 ans, Broca n° 6.

Sclérose en plaques.

Urticaire.

Léger degré de camptodactylie auriculaire, maximum à gauche.

OBSERVATION XXXII

Nathalie B..., 38 ans, Broca n° 9.

Paraplégie, syphilis.

Léger degré de camptodactylie auriculaire.

Rhumatisme articulaire à 28 ans et à 30 ans.

OBSERVATION XXXIII

Marie G..., 22 ans, Crèche n° 11.

Camptodactylie auriculaire très marquée à droite, moins à

gauche ; légère camptodactylie de l'auriculaire droit, datant de l'enfance.

Si on cherche à étendre les doigts, on voit le tendon fléchisseur se tendre et faire saillie sous la peau.

Réglée à 16 ans, règles très abondantes.

Bien portante habituellement. Pas de stigmates d'arthritisme.

OBSERVATION XXXIV

Angèle L..., 20 ans. Crèche, n° 20 bis.

Métrite. Pneumonie guérie.

Camptodactylie légère de l'auriculaire droit, rien à gauche ; apparue depuis 4 ans, sans douleur.

Depuis deux ans, avant d'avoir ses règles, elle a chaque fois une hémoptysie abondante accompagnée d'efforts de toux ou de vomissements.

Tousse depuis 4 ans, sueurs nocturnes. Amaigrissement.

Acné à répétition.

Céphalées fréquentes depuis deux ans.

OBSERVATION XXXV

Marie L..., 21 ans, Enfants-Assistés.

Herpès de la gorge et de la face.

Camptodactylie légère du côté droit.

Pas de stigmates d'arthritisme.

OBSERVATION XXXVI

OBS. — Clémence V..., 42 ans, Monneret 18.

Gastrite.

Camptodactylie auriculaire légère, plus marquée à droite, à toujours été dyspeptique.

Migraines fréquentes depuis l'enfance.

OBSERVATION XXXVII

Modeste D.... 63 ans Broca.

Rhumatisme subaigu.

Camptodactylie légère.

Pharyngite chronique. Epistaxis répétées.

Deux attaques antérieures de rhumatisme articulaire aigu.

Depuis a toujours souffert de douleurs articulaires.

Légère déviation en dehors du gros orteil gauche.

OBSERVATION XXXVIII

Marie Cl..., 62 ans. Broca, 22.

Camptodactylie légère de l'auriculaire et du médius de la main droite qui ne peut être étendue ; le doigt est fléchi au niveau de la première articulation.

Nodosités d'Héberden très marquées surtout aux deux index.

Ces déformations sont survenues progressivement.

A-toujours été rhumatisante, mais n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu.

Migraines fréquentes durant toute la vie.

Bronchite chronique avec recrudescence tous les hivers. Crises d'asthme.

OBSERVATION XXXIX

Rosalie A..., 78 ans. Broca N° 30.

Cardiopathie, dermatite psoriasiforme.

Camptodactylie auriculaire et annulaire.

Extension de la phalangette du médius.

Quelques nodosités osseuses. Légère déviation des gros orteils en dehors.

A toujours été d'une très bonne santé.

Maladies de peau répétées, tendance à l'eczéma.

OBSERVATION XL

Marie R..., 30 ans. Monneret, 4.

Camptodactylie auriculaire droite.

Légère déformation des doigts de la main droite, qui ont tous la phalangette en extension. Ces déformations sont survenues à la suite de douleurs rhumatismales apparues à plusieurs reprises dans les différentes articulations.

Migraines fréquentes.

Eruptions d'herpès au moment des règles.

Coryza sec.

OBSERVATION XLI

Eugène P. ., 67 ans.

Hémiplégie droite.

Camptodactylie très marquée de l'auriculaire gauche, moins à droite. Tous les doigts sont raidis, elle ne peut fermer complètement la main ni plier l'articulation phalangino-phalangéenne. Les extrémités des phalanges sont toutes un peu épaissies. Cette déformation est survenue, dit-elle, après une attaque de rhumatisme.

Depuis l'enfance, a toujours souffert de violentes migraines.

A 40 ans, rhumatisme articulaire.

Père rhumatisant.

Vu par le président de la thèse.

LANDOUZY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer !

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

H. JOUVÉ, Imp. de la Faculté de médecine, 45, rue Racine, Paris.

